

A保健所管内における保健協力員活動の主体化およびヘルスリテラシーの現状

千葉敦子¹⁾，石田賢哉¹⁾，大西基喜¹⁾，メリッサ小笠原¹⁾，宮川隆美²⁾，
木村美穂子²⁾，水木希²⁾，澤谷悦子³⁾，梅庭牧子³⁾，奥村智子⁴⁾

1) 青森県立保健大学， 2) 東地方保健所， 3) 青森県国民健康保険団体連合会，
4) 青森県健康福祉部

要約

保健協力員は県民の健康増進の担い手としてその活動が期待されている。しかし、青森県では保健協力員の活動は行政が中心となり、主体的な活動が十分には行えていないという課題や、担い手不足による固定化と高齢化が指摘されている。そこで、保健協力員活動の活性化策を検討するために、A保健所管内の保健協力員を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、活動の主体化およびヘルスリテラシーの現状を明らかにした。

その結果、主体化評価指標の総合得点は市町村間で有意な差はないことがわかった。このことから、保健協力員の質は合同研修等により一定の水準が保たれていることが考えられ、県民全体の健康増進の向上という面からは望ましい結果であると考えられた。ヘルスリテラシー尺度得点と個人属性との関連では、年齢が高い者、健康状態が良好な者、他の役割がある者でヘルスリテラシー得点が統計的に有意に高いという結果が得られた。固定化や高齢化を強みとして保健協力員の活動の強化に活かすことが可能であることが示唆された。

Key Words：①保健協力員 ②活動の活性化 ③現状 ④ヘルスリテラシー

I. はじめに

青森県は平均寿命が全国で最も低いことから、県では青森県健康増進計画「健康あおもり21(第2次)」を策定し、県民のヘルスリテラシーの向上を図るための対策を推進している。近年は、長野県の長寿の一因は保健補導員にあるのではないかと指摘があり¹⁾、県民のヘルスリテラシー及び健康増進の向上に寄与するとされる保健協力員の活動が注目されているところである。

保健協力員は、地域によって名称が異なり、保健補導員や保健推進員等と呼ばれているものの、いずれも市町村長の委嘱を受けて行う地域の住民組織である。青森県では昭和30年から保健協力員制度が導入され、現在では県内全市町村で約6,000人が活動している。保健協力員の役割は、「青森県 保健協力員ハンドブック第2版」(平成25年5月 青森県国保連合会等作成)によると、①地域の課題を「知る」、②地域の人の声を「伝える」、③住民と行政を「つなぐ」、④地域を「うごかす」の4つとされており²⁾、県民の健康増進の担い手としてその活動が期待されている。しかし、青森県では保健協力員の活動は行政が中心となり、保健協力員が受身的になりやすく主体的な活動が十分には行えていないという課題が指摘されている。また、担い手不足による固定化と

高齢化も課題となっている。そこで、保健協力員が家族や地域の健康問題に関心を持ち、主体的・意欲的に活動を行っているのかどうか、健康増進を進める上で重要な概念であるヘルスリテラシーの状況はどうかについて、現状を分析し、活性化策を検討する必要があると考えた。

保健協力員に関する研究は多数あり、保健推進員(地域により名称が異なるため、以降は引用文献のままを表記する)は、非保健推進員に比べて保健行動を多くとり、さらに家族および地域への働きかけを行っていること³⁾や、保健推進員の主体的な活動と充実感には、地域や家族に関心があること、保健師からのサポートがあること、住民から感謝されること等が関連していること⁴⁾が報告されている。また、健康推進員のエンパワメント評価尺度や主体化評価指標、活動満足感、活動負担感の尺度が開発されている⁵⁻⁷⁾。主体化評価指標は藤浪らが開発している⁸⁾。藤浪らは主体化に関する質問項目をインタビューから作成後、354名を対象とした調査を実施し、5因子39項目からなる主体化評価指標を作成した。この指標は、信頼性、妥当性が確認されており比較的回答しやすい項目となっているため、本研究ではこれを用いることとした。

ヘルスリテラシーはWHOによると、「良好な健康

の増進または維持に必要な情報にアクセスし、理解し、利用していくための個人の意欲や能力を規定する、認知および社会上のスキル」と定義されており、わが国においてもより健康なライフスタイルを獲得するために重要な概念として注目されている⁹⁾。ヘルスリテラシーを測定する尺度としては、石川らが開発した一般向けヘルスリテラシー尺度がある¹⁰⁾。これは5つの質問項目からなり、病気や健康に関連した情報を自分自身で探したり利用したりできるかどうかを評価するものである。

本研究では、藤波らが開発した主体化評価指標及び石川らによるヘルスリテラシー尺度を用いて、A保健所管内全市町村の保健協力員を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、活動の主体化やヘルスリテラシーの現状を明らかにし、活性化策を検討することを目的とした。

II. 目的

保健協力員活動の活性化策を検討するために、A保健所管内の保健協力員を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、活動の主体化およびヘルスリテラシーの現状を明らかにする。

III. 研究方法

1) 対象

A保健所管内全ての5市町村（1市3町1村）の全保健協力員294人である。保健協力員の数は、B市が87人、C町が74人、D町が37人、E村が18人、F町が78人である。

2) 方法

調査方法は無記名自記式質問紙調査法を用いた。データ収集方法は、A保健所が文書にて各市町村へ調査の説明と依頼を行い同意書を得て実施した。調査用紙は管内で開催された保健協力員研修会の場で配布し、A保健所職員が設問内容を読み上げながらその場で回答してもらい回収した。研修会の欠席者には各市町村の行政職員が調査用紙を郵送または手渡しにて配布した。回収は返信用封筒にて各市町村が回収しA保健所へまとめて届けた。調査期間は平成27年9月～11月であった。

3) 調査内容

①属性および背景に関する項目：年齢、職業、学歴、協力員の活動経験年数、主観的健康感（非常に健康である、まあ健康なほうだ、あまり健康でない、健康でない、の4段階評定）、石川らによるヘルスリテラシー尺度5項目（1. 新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる、2. たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる、3. 情報を理解し人に伝えることができる、4. 情報がどの程度信頼できるかを判断できる、5. 情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる）を「全く思わない」～「強く思う」の5段階評定で求めた。②主体化評価指標に関する項目：藤波らが開発した主体化評価指標の39項目（よくない生活習慣を変えよう

と努力している、自分や家族の健康のために保健協力員活動を続けたいと思う、決められた予算の中で効果的な活動をしている、自分ができることを見つけ、自分から活動をはじめている、等）について、「そう思う」～「そう思わない」の5段階評定で回答を求めた。藤波らによると、39項目は1. 組織・地区グループとしての成長、2. 保健協力員としての成長、3. 人間関係の広がり、4. 保健協力員の活動と生活の結びつき、5. 地域志向性の高まり、の5つの下位尺度に構成され、それぞれ次のような評価が可能とされている。「組織・地区グループとしての成長」は集団としての成長を評価するものであり集団の主体化を表現している。「保健協力員としての成長」は保健協力員活動に対する意識や取り組み、態度などを評価するものである。「人間関係の広がり」は保健協力員同士、住民同士の交流の広がりなど人的資源の獲得を評価するものである。「保健協力員の活動と生活の結びつき」は生活習慣病予防や健康診断受診率向上といった保健活動と自らの生活との関連を評価するものである。「地域志向性の高まり」は保健協力員活動を通じ、自分や家族の健康だけでなく地域の人々の健康について考えるなど、健康なまちづくりについての意識や活動の広がりなどを評価するものである。

4) 分析方法

全体および市町村ごとの集計および分析を行った。主体化評価指標は、「そう思う」5点、「どちらかといえばそう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかといえばそう思わない」2点、「そう思わない」1点として得点化した。総合得点と5つの下位尺度の得点を市町村ごとに算出し、一元配置分散分析にて比較検討した。ヘルスリテラシー尺度5項目については、「強くそう思う」5点、「どちらかといえばそう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかといえばそう思わない」2点、「全く思わない」1点として得点化し、項目ごとの平均値を全体および市町村ごとに算出した。次に、5項目の合計得点を市町村間で比較した。さらに、ヘルスリテラシー尺度得点と個人属性（年齢、学歴、他の役割の有無、健康状態等）との関連を一元配置分散分析と多重比較およびt検定で分析した。なお、質問項目によって欠損値が存在しているため検定の際のn数が異なる。

分析にはSPSS Statistics 22.0を使用し、有意水準は5%とした。

分析の過程で各市町村の保健協力員担当者にアンケート結果を提示し、現状と齟齬がないかを確認し信頼性の確保に努めた。

5) 倫理的配慮

調査の実施にあたって、各市町村の保健協力員担当職員には目的、方法、個人情報保護、自由意思による協力、研究成果の公表について文書で説明し、同意書を得たうえで実施した。対象者には保健協力員研修会の場で目的や個人情報保護、調査への協力

は任意であることなどを記した協力依頼書と調査用紙を配布したあとに口頭での説明を加え、回答をもって同意を得たものとした。郵送や手渡しの場合は協力依頼書と調査用紙を配布し回収した。

なお、本研究は青森県立保健大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号1526）を得て実施した。

IV. 結果

1) 回収状況

保健協力員研修会場で配布した調査用紙数は88で回収数は77（回収率87.5%）であった。研修会後に郵送または手渡しで配布した調査用紙数は206で回収数は164（回収率79.6%）であった。双方をあ

わせた配布数は294、回収数は241で回収率は81.9%であった。町村ごとの回収率は、B市が86.2%、C町が79.7%、D町が75.7%、E村が77.8%、F町が83.3%であった。回収されたすべての調査用紙を有効回答として分析の対象とした。

2) 回答者の基本属性（表1）

A保健所管内保健協力員の基本属性を表1に示す。性別では、F町の男性6名以外すべて女性であった。年齢は全体で50歳未満が9人（3.7%）、50～59歳が53人（22.2%）、60～69歳が124人（51.9%）、70歳以上が53人（22.2%）であった。70歳以上の割合が最も高かったのはC町で17人（28.8%）であった。職業は全体で有職者が119人（52.0%）であり、

表1 A保健所管内保健協力員の基本属性

		n(%)					
		全体	B市	C町	D町	E村	F町
性別	女性	232(97.5)	75(100.0)	59(100.0)	28(100.0)	14(100.0)	56(90.3)
	男性	6(2.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	6(9.7)
年齢	50歳未満	9(3.7)	2(2.7)	2(3.4)	1(3.6)	1(7.1)	3(4.7)
	50～59歳	53(22.2)	18(24.3)	10(16.9)	7(25.0)	3(21.4)	15(23.4)
	60～69歳	124(51.9)	37(50.0)	30(50.8)	16(57.1)	8(57.1)	33(51.6)
	70歳以上	53(22.2)	17(23.0)	17(28.8)	4(14.3)	2(14.3)	13(20.3)
職業	あり	119(52.0)	63(84.0)	24(43.7)	7(25.9)	6(42.9)	19(32.8)
	なし	110(48.0)	12(16.0)	31(56.3)	20(74.1)	8(57.1)	39(67.2)
学歴	中学校卒業	60(26.1)	12(16.0)	11(20.0)	11(40.7)	3(23.0)	23(38.3)
	高校卒業	144(62.6)	54(72.0)	38(69.1)	15(55.6)	9(69.3)	28(46.7)
	短大・大学卒業	26(11.3)	9(12.0)	6(10.9)	1(3.7)	1(7.7)	9(15.0)
活動経験年数	1～9年	150(63.6)	45(60.8)	31(53.5)	18(66.7)	12(85.7)	44(69.9)
	10～19年	63(26.7)	20(27.0)	18(31.0)	8(29.6)	2(14.3)	15(23.8)
	20年以上	23(9.7)	9(12.2)	9(15.5)	1(3.7)	0(0)	4(6.3)
地域での他の役割	あり	146(60.8)	40(53.3)	43(72.9)	16(57.1)	9(64.3)	38(59.4)
	なし	94(39.2)	35(46.7)	16(27.1)	12(42.9)	5(35.7)	26(40.6)
健康状態	非常に健康である	20(8.4)	6(8.0)	4(6.8)	2(7.1)	2(14.3)	6(9.5)
	まあまあ健康なほうだ	183(76.6)	59(78.7)	46(78.0)	21(75.0)	10(71.4)	47(74.6)
	あまり健康ではない	33(13.8)	8(10.7)	9(15.3)	4(14.3)	2(14.3)	10(15.9)
	健康ではない	3(1.3)	2(2.7)	0(0)	1(3.6)	0(0)	0(0)

表2 保健協力員の地域別にみる主体化評価の総合得点、下位尺度の得点の関連

	組織・地区グループとしての成長 (13-65)					保健協力員としての成長 (10-50)					人間関係の広がり (7-35)				
	n	Mean	SD	F	p	n	Mean	SD	F	p	n	Mean	SD	F	p
全体	217	41.2	10.4			221	30.2	8.3			234	25.9	6.3		
B市	68	42.0	11.5			70	30.3	8.4			73	24.8	7.2		
C町	54	41.7	10.4	0.907	0.46	55	30.7	7.9	0.598	0.665	58	26.7	5.9	1.990	0.097
D町	24	43.0	6.7			22	32.1	7.4			25	28.4	4.5		
E村	12	37.9	12.6			13	29.0	9.8			14	25.1	8.0		
F町	59	39.7	10.0			61	29.3	8.4			64	25.5	5.5		

	保健協力員活動と生活の結びつき (4-20)					地域志向性の高まり (5-25)					保健協力員の主体化評価指標 (39-195) 総合得点				
	n	Mean	SD	n	F	p	Mean	SD	n	F	p	Mean	SD	F	p
全体	234	15.5	2.7	232			16.9	3.9	199			129.5	27.7		
B市	72	15.1	2.9	72			16.3	4.1	63			127.5	31.0		
C町	57	15.8	2.6	56	0.670	0.614	16.7	3.9	48	0.724	0.576	131.8	26.1	0.836	0.504
D町	27	15.9	2.9	26			17.4	4.0	20			138.6	20.6		
E村	14	15.1	2.8	14			17.4	4.1	11			125.0	34.2		
F町	64	15.5	2.5	64			17.3	3.7	57			127.6	26.0		

「そう思う」5点、「どちらかといえばそう思う」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかといえばそう思わない」2点、「そう思わない」1点として得点化カッコは取りうる(最小値-最大値)

一元配置分散分析

無職者（主婦を含む）は110人（48.0%）であった。B市は有職者が63人（84.0%）であり、無職者を上回っていた。他の町村は無職者の割合が高かった。学歴は高校卒業の割合が最も多かった。活動経験年数は全体で1～9年が150人（63.6%）、10～19年が63人（26.7%）、20年以上が23人（9.7%）であった。20年以上の割合が最も高かったのはC町で9人（15.5%）であった。保健協力員以外に地域で何らかの役割を担っているかを尋ねたところ、全体では役割を担っている人が146人（60.8%）であり、保健協力員の活動のみが94人（39.2%）であった。全ての町村で役割ありと回答した割合が役割なしを上回っていた。健康状態では、非常に健康である、まあまあ健康なほうだと回答した人が全体で8割程度であった。

3) 保健協力員の主体化得点（表2）

保健協力員の主体化得点について表2に示す。主体化評価指標の総合得点は全体で129.5±27.7であった。市町村別の総合得点は、B市が127.5±31.0、C町が131.8±26.1、D町が138.6±20.6、E村が125.0±34.2、F町が127.6±26.0であり、主体化評価指標の総合得点は市町村間での有意な差は認められな

かった。

下位尺度は、1. 組織・地区グループとしての成長、2. 保健協力員としての成長、3. 人間関係の広がり、4. 保健協力員の活動と生活の結びつき、5. 地域志向性の高まりの5つに構成されている。これら5つの下位尺度それぞれについて町村ごとの得点を比較したところ、いずれの項目においても有意差は認められなかった。

4) 保健協力員のヘルスリテラシー（表3-1、表3-2）

A保健所管内保健協力員のヘルスリテラシーの得点を表3-1に示す。全体のヘルスリテラシーの平均値±SDは、「新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる」が3.86±0.88、「たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる」が3.64±0.87、「情報を理解し、人に伝えることができる」が3.58±0.85、「情報がどの程度信頼できるかを判断できる」が3.46±0.80、「情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる」が3.41±0.88であった。

ヘルスリテラシーの合計得点の比較を表3-2に示す。ヘルスリテラシー尺度の合計得点については

表3-1 A保健所管内保健協力員のヘルスリテラシー

	全体		B市		C町		D町		E村		F町	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
新聞、本、テレビ、インターネットなど、いろいろな情報源から情報を集められる	3.86	0.88	3.93	0.85	3.8	0.91	3.9	0.95	4.3	0.73	3.72	0.88
たくさんある情報の中から、自分の求める情報を選び出せる	3.64	0.87	3.7	0.85	3.7	0.78	3.6	0.97	4.2	0.80	3.41	0.89
情報を理解し、人に伝えることができる	3.58	0.85	3.6	0.86	3.6	0.85	3.4	1.01	4.0	0.88	3.5	0.76
情報がどの程度信頼できるかを判断できる	3.46	0.80	3.6	0.76	3.6	0.72	3.2	0.85	3.6	0.77	3.21	0.83
情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる	3.41	0.88	3.5	0.80	3.5	0.88	3.1	0.75	3.8	0.73	3.21	0.98

「強く思う」5点、「どちらかといえば思う」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかといえばそう思わない」2点、「全く思わない」1点として得点化

表3-2 地域、年齢、健康状態、役割別にみるヘルスリテラシー合計得点の比較

	n	mean	SD	F or T値	p	多重比較法(Tukey)
地域別 ¹⁾						
B市	74	18.43	3.17			
C町	59	18.28	3.27			B市>F町
D町	28	17.00	3.77			E村>F町
E村	14	19.69	3.40	2.941	0.02	E村>D町
F町	64	17.08	3.45			
性別 ²⁾						
女性	223	18.03	3.34			
男性	6	15.83	4.67	2.462	0.12	
年代別 ¹⁾						
49歳未満	9	19.67	2.74			
50～59歳	52	17.08	3.41			
60～69歳	120	17.86	3.21	3.365	0.02	70歳以上>50～59歳
70歳以上	48	18.92	3.61			
健康状態 ²⁾						
良くない	34	16.85	4.29			
良い	196	18.13	3.21	4.093	0.04	
他の役割 ²⁾						
ない	90	17.20	3.32			
ある	140	18.41	3.40	7.115	0.01	

とりうる最小値5、最大値25

1) 一元配置分散分析

2) t検定

市町村間で有意差が認められ、E村がF町、D町より高く、B市がF町より高かった ($p=0.02$)。ヘルスリテラシー尺度得点と個人属性との関連では、年齢が高い者 ($p=0.02$)、健康状態が良好な者 ($p=0.04$)、他の役割がある者 ($p=0.01$) でヘルスリテラシー得点が統計的に有意に高かった。

V. 考察

1. 基本属性

A保健所管内の保健協力員はほとんどが女性であり、60歳以上が7割を占め、半数以上が地域での他の役割を担いながら保健協力員の活動をしていることがわかった。年齢について、全国932市区町村の健康づくり推進等を対象とした先行研究では、推進員等に占める65歳以上の割合は全国平均50.3%であったことが報告されている¹¹⁾。同調査における青森県の65歳以上の割合は42.1%であることから、A保健所管内の保健協力員の年齢構成は全国や県の平均と比べるとやや高いと言える。

経験年数については1～9年が最も多かったという結果であった。しかし、当初の課題であった固定化とは異なる結果であったため、市町村担当者に確認したところ、任期はB市が1年で、その他は2年であり、いずれも再任を妨げないという委嘱をしており、現状では再任の保健協力員が7～8割を占めるということであった。このことから、本調査の回答者は、通算の経験年数ではなく2年任期中の年数を回答した人がいたことが推測され、設問の仕方に課題が残った。しかしながら、10年以上と回答した人が3割を超える結果からは、保健協力員を長期に固定して担っている人が少なくない現状がうかがえる。また、半数以上が他の役割を兼務しながら保健協力員の活動をしているという結果から、保健協力員は地域のリーダー的存在の女性が多忙にも関わらず引き受けている現状が推察され、新たな担い手がなかなか見つからないという課題が見て取れる。

以上から、本県の保健協力員の課題である高齢化と固定化の現状がA保健所管内でも裏付けられた結果といえる。この傾向は全国的なものであり、先の全国調査でも、健康づくり推進員等の高齢化が課題になっていると回答した自治体は43.1%、新規会員の開拓が課題になっていると回答した自治体は40.0%であり、固定化と高齢化を課題としている自治体は少なくないことがわかる。

2. 保健推進員の主体化の現状

主体化評価指標の総合得点は市町村間での有意な差は認められなかった。また、5つの下位尺度についても市町村間で有意差は認められなかった。よって、A保健所管内の保健推進員における活動状況や意欲等の主体性に地域差は認められないことが明らかとなった。これは、保健所が管内保健協力員や保健師を対象とした研修会を開催していることや、管内保健協力員の合同組織が存在することから、保健協力員の質は一定の水準が保たれているのではない

かと考えられた。このことは、地域の健康格差が生じないことにつながり、県民全体の健康増進の向上という面からは望ましい結果であると考えられた。今後も保健協力員の育成は市町村に加え、保健所や県、国保連といった関係機関が協働し、合同研修会や組織化を強化するなど育成に努めていくことが必要であろう。しかし、本研究は1つの保健所管内を対象とした調査であるため合同研修会や合同組織の有無が保健協力員の質を一定に保つことに寄与しているかどうかを厳密に評価するには限界がある。今後は、地域特性、組織特性の異なる保健所管内について調査し、比較検証することが必要である。また、保健協力員活動の活性化を目指すためには、主体化に影響を及ぼす要因を明らかにし、それらへの支援を検討することが必要であり、今後は、保健協力員の基本属性等、背景の違いによる主体化の比較検討を行う必要がある。

3. 保健協力員のヘルスリテラシーについて

ヘルスリテラシー尺度の合計得点については市町村間で有意な差が認められ、E村が高いという結果であった。E村は人口が少なく保健協力員の数も少ないため本対象の母数の差が大きいことが一因と考えられた。

今回、ヘルスリテラシー尺度得点と個人属性との関連では、年齢が高い者、健康状態が良好な者、他の役割がある者でヘルスリテラシー得点が統計的に有意に高いという結果が得られた。このことから、高齢化は必ずしも解決が必要な課題とは言い切れないと考えられた。同様に、担い手不足から同じ人が他の役割を持ちながら保健協力員を長く続けている現状についても、それをポジティブに捉えることができるのではないかと考えた。中田らの調査によると保健推進員の主体的な活動と充実感には年齢が関連しており、また、活動年数は主体的な活動に関連があることが示されている⁴⁾。さらに、活動経験が長いほど地域住民に保健行動を促すことが多いこと³⁾や、活動の積極性や協同志向が経験年数1～3年以上に比べて9年以上群で有意に高まる¹²⁾という報告もある。よって、高齢化や固定化は弱みではなく、強みとして保健協力員の活動の強化に活かすことが可能であることが示唆された。

一方で、保健推進員とその家族の生活習慣には関連があり、家族の一員が推進員になったことで家族に良い影響があることの報告¹³⁾や、推進員の経験が地域の健康づくり参加行動と関連があることから、2年任期交代制で経験者が増すことが地域の健康づくり活動の活性化に有用であるとの報告もある¹⁴⁾。これらのことから、行政がどのようなビジョンを持ち保健協力員活動に何を期待するのかが重要であり、各市町村がそれぞれの地域特性に応じて保健協力員の育成の体制を整えて行くことの必要性が示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査用紙の配布方法として、その場で説

明して記入してもらう方法と郵送または手渡しによる方法と2種類の方法が混在しており、これが結果に影響を及ぼす可能性は否めない。また、調査方法の不備により、保健協力員活動の継続年数の解釈が解答者によって違いが生じ、継続年数の結果に反映したことは課題である。

保健協力員の活動を活性化させるためには地域住民からみた保健協力員活動の評価が不可欠であり、今後は、地域住民を対象に保健協力員の認知度、自分の健康への影響等について調査を行う予定である。

謝辞

本研究は青森県立保健大学官学連携研究の助成を受けて行いました。本研究にご協力くださいました皆様に心よりお礼申し上げます。

VI. 文献

- 1) 今村晴彦：【次世代の健康長寿は可能か】健康長寿を築き上げた信州人の文化・社会 長野県の保健補導員制度からの考察. 老年社会科学, 35巻(4), 460-465, 2014
- 2) 青森県国民健康保険団体連合会, 青森県保健協力員会等連絡協議会：青森県 保健協力員ハンドブック第2版, 2013
- 3) 星野明子, 桂敏樹, 成木弘子：ヘルスプロモーションにおける地域組織活動の効果 F市保健推進員活動が活動参加者, 家族および地域住民への働きかけに与える影響. 日本健康医学会雑誌, 10巻(1), 12-19, 2001
- 4) 中田拓也, 小川玲実, 杉田友理, ら：A市における保健推進員の主体的な活動と充実感に関連する要因. 北海道公衆衛生学雑誌, 26巻(2), 67-73, 2013
- 5) 小山歌子, 村山伸子：健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 58巻(8), 617-627, 2011
- 6) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代：健康推進員活動における活動満足感, 活動負担感の尺度開発. 日本公衆衛生雑誌, 53巻(12), 875-883, 2006
- 7) 星野明子, 桂敏樹, 松谷さおり, ら：地方都市における地域組織活動の効果に関する研究 自尊感情・自己効力感・自己実現的価値観尺度を用いた検討, 日本農村医学会雑誌, 49巻(1), 21-29, 2000
- 8) 藤浪千種, 松田正巳：健康推進員の主体化評価指標の作成と指標を用いた健康推進員の主体化の状況, 日本健康教育学会誌, 16巻3号, 78-93, 2008.
- 9) 中山和弘：ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション, 病院 (医学書院) 67巻5号 P394-400, 2008
- 10) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al: Developing a measure of communicative and critical health literacy:a pilot study of Japanese office workers. Health Promotion International, 23巻(3), 269-274, 2008
- 11) 平成25年度 健康安全・危機管理対策総合研究事業 住民組織活動を通じたソーシャルキャピタル醸成・活用の現状と課題 報告書, 日本公衆衛生協会, 2014
- 12) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代：健康推進員のもつ地域社会への態度の関連要因 経験年数別での検討. 日本地域看護学会誌, 9巻(2)24-31, 2007
- 13) 山本春江, 錦戸典子, 川越博美：保健推進員とその家族の生活習慣の関連. 聖路加看護学会誌, 6巻(1), 17-26, 2002
- 14) 鈴木みちえ, 中野照代, 飯田澄美子：保健推進員の経験と健康習慣, 家族の健康管理行動, 地域の健康づくり参加行動との関連. 日本地域看護学会誌, 9巻(1), 59-64, 2006